

343

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Albert ROUSTAIN

Né à Vendes (Cantal) le 4 juin 1872

DE L'UTILITÉ

DU

Séro-Diagnostic

DANS LA

FIÈVRE DES ACCOUCHÉES

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, professeur.

THOINOT

et LAUNOIS, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mai 1900, à 1 heure

PAR

Albert ROUSTAIN

Né à Vendes (Cantal) le 4 juin 1872

DE L'UTILITÉ

DU

Séro-Diagnostic

DANS LA

FIÈVRE DES ACCOUCHÉES

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, professeur.

THOINOT

et LAUNOIS, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

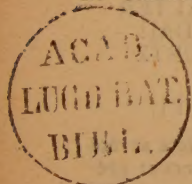
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

818

A MON BIENFAITEUR :

MONSIEUR PETIT

Principal du Collège de Boulogne-sur-Mer

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR FAUCON

Ancien Instituteur à Bassignac (Cantal)

Introduction

Ayant suivi le service de M. le Professeur Landouzy, il nous a été donné d'observer, avec M. Léon Bernard, interne du service deux femmes fébricitantes en état typhoïde, nouvellement accouchées.

Dans ces deux cas, le séro-diagnostic a autant éloigné de l'idée de fièvre puerpérale qu'il a prouvé la dothiéntérie.

Il nous a semblé intéressant de faire connaître ces deux observations, où la bactériologie a apporté son contingent de preuves indiscutables, à la suite de celles déjà publiées, pour en déduire les réflexions et les conclusions qu'elles comportent.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer notre gratitude et nos remerciements à tous les Maîtres qui nous ont suivi, aidé, protégé, dans le cours de nos études.

Je prie M. le Professeur Landouzy, d'agréer l'expression de ma reconnaissance, pour le grand honneur qu'il me fait en présidant cette thèse, après

m'avoir autorisé à publier les deux observations de son service.

Je tiens à remercier également M. Léon Bernard de la sympathie soutenue, dont il me donne une nouvelle preuve, en mettant gracieusement à ma disposition deux observations inédites.



Observations

Observations publiées : Le 28 janvier 1899, une communication faite par MM. de Grandmaison et Pierre Cartier à la Société de biologie, signale la présence du bacille d'Eberth à l'état de culture pure dans le sang d'une femme qui avorta au cinquième mois de la grossesse.

Malgré l'évolution bizarre des symptômes, on crut tout d'abord qu'il s'agissait d'infection puerpérale. L'utérus fut curetté. On injecta chaque jour à la malade 40 grammes de sérum de Marmorek.

Au 7^e jour, examen du sang. Réaction de Widal positive.

Le 4 novembre 1899. — Les mêmes auteurs font une communication à la société de Biologie sur un nouveau cas d'infection sanguine par le bacille d'Eberth, chez une jeune femme récemment accouchée.

Le cas qu'ils relatent est absolument calqué sur le premier.

En décembre 1899. — Dans un article intitulé « Fièvre typhoïde et grossesse » le Dr de Grandmaison publie dans les « Archives générales de Médecine », l'observation complète, avec autopsie d'une jeune femme grosse de cinq mois et infectée par le bacille d'Eberth. Dès son entrée à l'hôpital, la malade avorta et fut soumise à un traitement utérin, (l'élévation de la température faisant craindre une infection puerpérale).

Le diagnostic de fièvre typhoïde ne fût porté qu'après 17 jours d'observation et fut confirmé par la réaction de Widal.

Le 25 février 1900. — Lepage publie dans la « Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie » (Extrait d'une communication à la société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pœdiatrie) de Paris, un article intitulé :

« Du diagnostic de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches. »

Cette communication comprend huit observations de fièvre typhoïde (avec réaction de Widal positive) chez des femmes nouvellement accouchées. Sans le séro-diagnostic la fièvre typhoïde aurait été méconnue chez deux malades.

Observations Inédites

(Communiquée par M. Léon Bernard)

OBSERVATION I

A. Henriette, 22 ans, lingère. Entrée salle Guersant, lit n° 2, le 10 août 1899.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements.

Antécédents personnels, — La malade a accouché il y a 12 jours d'un enfant du sexe masculin venu à 7 mois 1/2. Tout s'est passé normalement, les pertes n'étaient pas fétales. Elle n'a jamais eu de fièvre typhoïde.

Il est difficile, vu l'état de la malade, de savoir exactement si elle avait des signes d'incubation. La mère affirme que quelques jours avant la fausse couche, la malade était déjà souffrante, qu'elle avait des frissons, sans épistaxis.

Le 10 août, au soir. — La malade qui vient d'entrer à l'hôpital a des pertes qui sentent mauvais ; son état général est déplorable, langue sèche, facies rouge et dyspnéique, pouls rapide, diarrhée rebelle, météorisme abdominal, cœur dans le 4^{me} espace ; mais il n'y a pas de troubles nerveux.

11 août. — Le matin, l'examen de la malade fait penser un instant à une septicémie puerpérale ; cependant, la rate est grosse, il y a du gargouillement dans les fosses iliaques,

les lèvres et la langue sont sèches : l'auscultation révèle une bronchite assez intense. La séro-réaction est positive.

14 août. — La température se maintient élevée. Les pertes se sont arrêtées, mais la diarrhée persiste, très abondante. Vomissements bilieux. La rate est très grosse ; — pas de douleurs ; — pouls rapide. A l'auscultation on perçoit la sensation de l'embryocardie. Dyspnée. Abondante éruption de taches rosées. Pas de délire. Langue très sèche.

Le 19 août. — Pendant les cinq derniers jours, état stationnaire. Diarrhée abondante ; pouls rapide et petit. Langue extrêmement sèche. Peu de délire. Les urines contiennent de l'albumine, dont on ne peut évaluer la quantité car la malade en perd dans son bain et dans ses selles.

Toujours des râles de bronchite et quelques crépitants disséminés. Les vomissements ont cessé.

20 août. — Le matin, l'état général semble un peu meilleur ; cependant la mort survient à 11 heures.

Autopsie. — Péritonite purulente de toute la cavité abdominale. Fausses membranes abondantes. Intestin : Plaques de Peyer peu tuméfiées dans la portion terminale de l'intestin grêle ; on observe une perforation qui explique la péritonite. Rate : de volume moyen. Cœur : de couleur et de consistance normales. Reins : normaux. Utérus : rien. Poumons : rien.

OBSERVATION II (Léon Bernard)

V... H..., 20 ans,] blanchisseuse. Entrée salle Guer-
saut, lit n° 4, le 15 novembre 1899.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements.

Antécédents personnels. — Cette malade est amenée à 5 heures du soir dans un état qui rend l'interrogatoire difficile. La température est de 40°5 ; pouls à 120. On apprend néanmoins que la malade a accouché, il y a 3 semaines (le 22 octobre), chez une sage-femme, en ville. C'est son second enfant. Le premier, né après une grossesse normale, est mort à 8 mois. La seconde grossesse n'a pas été supportée aussi facilement que la première ; les 2 premiers jours consécutifs à cet accouchement ont été marqués par un peu de fièvre : puis, après une période complètement apyrétique, la malade est sortie de chez la sage-femme le 11^e jour, sans pertes odorantes, sans douleurs abdominales.

Deux ou trois jours après être revenue chez elle, elle aurait commencé à se sentir moins bien. Pas d'épistaxis, peu de céphalée, mais état saburral avec diarrhée.

Rapidement l'état devient assez grave pour que le médecin, appelé, conseille le transport d'urgence à Laënnec.

Examen dès son entrée. — La malade paraît très affaissée, elle répond difficilement, le regard est vague, la faiblesse est extrême.

La langue est sale et un peu sèche. La palpation du ventre n'est pas douloureuse et ne révèle pas de gargouillements iliaques. Il existe un peu de météorisme. La rate est grosse.

L'auscultation permet d'entendre des râles sibilants et ronflants disséminés extrêmement nombreux. La malade, trop adynamique pour expectorer, rend quelques rares crachats jaunes, aérés, visqueux. Le pouls est très fréquent,

petit. Les bruits du cœur, qui bat dans le 5^e espace, sont un peu sourds.

Du côté de la peau, on note des taches de purpura très abondantes aux membres inférieurs.

Pas de taches rosées nettes : la malade ayant une peau pigmentée, leur recherche est difficile.

Pas de pertes vaginales.

Les pupilles sont dilatées, mais égales. Devant cet état typhoïde très prononcé, on établit le traitement suivant : bains froids à 20° toutes les 3 heures, lavements boratés, injections vaginales.

On prélève du sang pour faire le séro-diagnostic, qui est positif. On se demande néanmoins s'il n'y a pas d'infection puerpérale surajoutée.

Le lendemain, 16 novembre au matin, la température est de 40° 2 ; état général toujours le même. La prostration est absolue, le pouls filiforme, incomptable. Le cœur présente nettement le rythme fœtal. Rien de particulier dans les selles. Les lavements ramènent peu de matières. Pas de vomissements.

Le dosage et l'examen des urines sont impossibles.

On prescrit de l'eau de Sedlitz, des injections de caféine et d'éther, du café, des bains à 20°.

17 novembre. — Température : 40° 2 le matin. Aucune amélioration n'est survenue. Le ventre est toujours ballonné, mais non douloureux. L'embryocardie persiste. Le pouls est à 150. Pas de délire. Le sondage de la vessie ramène un peu d'urine, très foncée, ayant l'aspect du bouillon et qui contient des flots d'albumine. Pas de pigments biliaires. Les

bains ne sont plus donnés qu'à 22° et toutes les 4 heures. Ether, caféine, boissons abondantes.

18 novembre. — La température, qui la veille au soir était tombée à 39° 9, est ce matin de 40° 2. L'état général est encore plus mauvais. La malade a du délire, elle pousse des cris déchirants, sans s'arrêter. Elle se plaint d'une céphalée intense.

La langue est sèche ; la dyspnée très marquée ; le pouls filiforme.

Elle aurait eu la veille 6 selles et aurait perdu du sang par le vagin.

On prescrit 500 gr. de sérum à injecter matin et soir. On fait une saignée de 100 gr. après le sérum.

19 novembre. — Température : 40° 5, le matin. L'état va empirant, la face est cyanosée ; la malade est dans une adynamie absolue avec dyspnée, pouls incomptable et difficilement perceptible. Dans la journée, 4 bains à 18° et pas de sérum.

20 novembre. — La mort survient à 9 h. du matin.

Autopsie faite le 21 novembre. — A l'ouverture du corps, rien de particulier. Les différents viscères s'enlèvent facilement ; seul le poumon adhère fortement à la paroi.

Du côté du tube digestif, on aperçoit des plaques rouges à la surface de l'iléon et du cœcum.

On trouve en effet à l'ouverture de la portion terminale de l'iléon des plaques de Peyer, les unes seulement augmentées de volume, les autres de plus en plus ulcérées, à mesure qu'on se rapproche du cœcum. Les ulcérations sont abondantes.

Rien à l'appendice.

La rate très augmentée de volume pèse 320 grammes. Les ganglions mésentériques sont également très hypertrophiés, surtout ceux avoisinant la valvule iléo-cœcale et l'appendice. Les reins sont gros, mous et paraissent à la coupe blanchâtres et dégénérés en masse. — Les capsules surrénales ne présentent rien d'anormal. — Le foie est pâle, dégénéré. — Le cœur ne présente nulle lésion appréciable par un examen macroscopique. — Les poumons ne sont pas hépatisés. Les mucosités purulentes sortent des bronches. — L'examen de l'utérus ne révèle rien d'anormal pour un utérus de femme ayant récemment accouché.

La malade a été parfaitement délivrée.



Difficultés et importance du diagnostic entre la fièvre typhoïde et l'infection puerpérale

1° *Difficultés.* — Le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et l'infection puerpérale, présentait de grandes difficultés avant l'importante communication de M. Widal sur le séro-diagnostic de la dothiéntérie (1).

Cette découverte bactériologique une des plus importantes de ces dix dernières années, est appelée à rendre les plus grands services aux accoucheurs.

Quand chez une femme jusque-là bien portante, on voyait la température s'élever trois ou quatre jours après l'accouchement, (c'est-à-dire à l'époque où se manifestent ordinairement les symptômes de l'infection utérine), avec les seuls moyens d'investigation dont disposait la clinique il était extrêmement difficile de rattacher ces accidents à leur véritable cause.

(1) Société médicale des hôpitaux, 26 juin 1896.

Certes dans quelques cas, le clinicien pouvait porter un diagnostic ferme, après avoir observé pendant un certain temps la marche de la maladie ; mais le plus souvent le médecin restait hésitant, indécis, incapable d'opposer une thérapeutique efficace aux accidents qui se déroulaient sous ses yeux.

Depuis ces dernières années surtout l'infection puerpérale a perdu sa physionomie d'autrefois, elle se présente sous des formes plus bénignes, plus atténuées (2) et d'un diagnostic difficile.

Avant d'arriver à la forme clinique (forme typhoïde) sur laquelle nous désirons appeler l'attention, et bien mettre en lumière les services que rend chaque jour sur ce point la découverte de Widal, rappelons en quelques lignes, les formes cliniques très variées, que peut revêtir l'infection puerpérale. — Cette variété même en rend la description difficile.

Pour jeter quelque clarté dans ce sujet, énumérons quelques types qui résument les formes principales.

1° *Forme généralisée sans lésions.* — (Septicémie aiguë non suppurée). — Cette septicémie éclate le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement, avec tout un cortège de bruyants symptômes. — Un frisson intense, prolongé, ouvre la scène. — La tempéra-

(2) Labadie-Lagrave et Gouget. — (La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui).

ture s'élève rapidement à 40°-41°. — Le malaise est grand, le malade pressent que sa vie est menacée (1). Le pouls est accéléré, mais devient bientôt irrégulier. Imperceptible, la dyspnée est intense et progressive, la face est pâle, livide, bientôt cyanosée. Du côté du tube digestif, les vomissements existent ou peuvent manquer, le ventre est à peine ballonné, la langue est sèche et rouge. — Une diarrhée noire extrêmement fétide épuise le malade. Les urines sont rares et très albumineuses.

Malgré toutes les recherches on ne trouve pas une seule localisation. La malade meurt dans le délire ou dans le coma 36 heures, 48 heures ou trois jours après le début des accidents.

Parfois la marche de la maladie est moins rapide, la fièvre est précédée de plusieurs frissons, et la malade ne succombe qu'au bout de quelques jours avec des lésions pulmonaires (œdème et congestion) ou dans le coma qui a succédé au délire.

Dans cette forme qu'on pourrait tout aussi bien appeler hypertoxique, la malade est foudroyée par les toxines et meurt avant d'avoir pu faire des localisations.

2° *Forme généralisée avec lésions.* — (Septicémie aiguë suppurée). — Cette forme est en tout semblable à la première, avec cette différence que la durée de la maladie est plus longue, l'intoxication progressive ;

(1) Trousseau.

ce qui permet aux accidents secondaires (suppurations) de se développer.

L'apparition des symptômes est plus tardive que dans la septicémie aiguë non suppurée. Le frisson initial ne survient guère qu'après le 5^e jour et se fait parfois attendre jusqu'à dix et quinze jours et même davantage.

A la deuxième période de la maladie, dix ou quinze jours après le premier frisson, quand la malade est profondément infectée apparaissent les accidents secondaires (abcès, suppurations).

Ces suppurations diverses peuvent occuper tous les points de l'organisme.

(Abcès des ligaments larges. — Pus dans les sinus, etc., etc.

Les autres formes de l'infection puerpérale qu'on décrit sous les noms de :

Forme péritonéale. — Forme péri-utérine. — Forme vulvo-vaginale. — Forme mammaire, etc., ne sont que des localisations spéciales de l'agent infectieux.



La tâche du clinicien serait bien simplifiée si l'évolution de l'infection puerpérale se faisait toujours selon les formes que nous venons de retracer. Mais il est des cas où la clinique, à elle seule, est impuissante à porter un diagnostic ferme.

C'est surtout dans ces formes atténuées, silencieuses, presque insidieuses, où le cachet caractéristique de la maladie ne se retrouve plus, que l'embarras est grand.

Les principaux symptômes font défaut. Pas d'invasion brusque, de début bruyant avec frisson et température ; absence de lochies fétides, utérus indolore.

Deux ou trois jours après un accouchement normal la fièvre est survenue en même temps qu'une diarrhée plus ou moins abondante, sans caractères spéciaux. Il existe des gargouillements dans les fosses iliaques. La rate est légèrement augmentée de volume.

En outre on peut voir des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Aucune suppuration localisée. Le tube digestif est atteint, la langue est sèche et sale. La céphalée persistante. A l'auscultation on perçoit quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

Pour peu que la température reste entre 39° et 40°, l'embarras du praticien augmentera encore et il se demandera s'il se trouve en présence d'une dothiéntérie ou d'une infection puerpérale ?

Ces cas tendent de nos jours à devenir de plus en plus fréquents depuis que l'agent infectieux, battu en brèche par l'antisepsie semble avoir perdu de sa virulence (1).

A côté de ces formes typhoïdes atténuées de l'infection puerpérale, il existe aussi des formes typhoïdes plus graves, dont le diagnostic est tout aussi délicat.

1° *Forme typhoïde ataxique.* — Comme dans la dothiéntérie ataxique, la fièvre est intense, la malade accusé des crampes et des douleurs, le délire est précoce, violent, furieux avec loquacité, hallucinations et vociférations, il y a du strabisme, des soubresauts, des convulsions. Le désordre et l'incohérence des fonctions dominant la scène. Dans cette variété le diagnostic différentiel est encore des plus difficiles, surtout quand il n'y a pour l'appuyer ni commémoratifs, ni lésions locales.

2° *Forme typhoïde adynamique.* — L'infection puerpérale peut encore présenter cette forme, les

(1) Goubeaux d'Ecueillé (Communication orale).

deux maladies revêtent les mêmes allures. Même affaissement de l'économie entière, stupeur profonde, surdité, délire paisible, diarrhée profuse.

Mêmes difficultés de diagnostic.

Ces difficultés n'avaient pas échappé aux anciens auteurs.

M. Hervieux (1) écrivait en 1870 après avoir exposé les signes de la dothiéntérie puerpérale :

« Cet ensemble de caractères cliniques suffit-il pour distinguer la fièvre typhoïde puerpérale vraie de l'état typhoïde lié à la phlébite ou à la péritonite des femmes en couches ? Malheureusement non. Et je ne connais pas de signe diagnostique certain à l'aide duquel on puisse différencier ces deux états pathologiques.

Les taches rosées lenticulaires sont loin d'être un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde. Je les ai notées plusieurs fois dans l'état typhoïde chez certaines accouchées atteinte de phlébite suppurée.

Le gargouillement crépitant de la fosse iliaque n'a pas plus de valeur, toutes les fois que nos malades sont en proie à la diarrhée. Quant au météorisme il occupe trop de place dans la phlébite et la péritonite puerpérales pour pouvoir servir à distinguer l'état typhoïde qu'elles engendrent de la dothiéntérie vraie.

(1) Hervieux. — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches*, Paris 1890.

Pour que tous ces signes puissent avoir la valeur diagnostique qu'ils possèdent dans la fièvre typhoïde vraie, il faudrait qu'il n'existât ni phlébite ni péritonite concomittantes. Et encore ne pourrait-on rien affirmer, une suppuration latente, soit dans les séreuses, soit dans les vaisseaux, soit dans les parenchymes viscéraux, étant susceptible de déterminer chez les femmes en couches un état typhoïde très prononcé ».

En 1884, Siredey (1) fait les mêmes constatations dans son traité des maladies puerpérales.

« Entre la fièvre typhoïde et la maladie dont nous nous occupons, la ressemblance est parfaite au premier abord. Cette analogie augmente encore avec les formes graves à type ataxique ou adynamique, et ce qui complique la difficulté dans ces cas, c'est l'absence des commémoratifs.

Dans la forme ataxique de la phlébite, ce sont les mêmes accidents nerveux, le même délire intense, bruyant, les mêmes phénomènes fébriles qui caractérisent la variété correspondante de la fièvre typhoïde.

Dans la forme adynamique, les deux maladies présentent la même prostration des forces, et, de plus, on observe dans cette variété de la phlébite une diarrhée abondante, accompagnée d'un certain degré

(1) Siredey. — Les maladies puerpérales. Etude clinique G. Masson 1884.

de développement de l'abdomen, qui contribue à augmenter la confusion. Aussi faut-il procéder à une analyse minutieuse des symptômes pour éviter l'erreur.

« D'abord, l'élément fondamental, celui qui doit donner avant tout l'éveil, c'est la circonstance de l'accouchement récent, il n'est pas impossible qu'une femme contracte la fièvre typhoïde après son accouchement, mais le fait est déjà beaucoup plus rare que les complications puerpérales, et une telle coïncidence doit toujours exiger de minutieuses investigations.

Siredey, se basant sur l'état du ventre, la physiologie de la malade, l'aspect des selles, l'état du tube digestif, de la langue, cherche à établir le diagnostic différentiel.

Il attache une grande importance à la courbe de la température dans les deux maladies.

« Dans la fièvre typhoïde, à cette période, la courbe thermique oscille généralement entre 39° et 40°, et les écarts entre la température du matin et celle du soir ne dépassent guère six ou huit dixièmes. Le tracé thermique constitue donc une sorte de plateau assez régulier. Il est à peu près le même dans la phlébite, mais ici on observe de brusques ascensions de un à deux degrés qui surviennent à l'occasion d'un frisson et modifient sensiblement l'aspect de la courbe.

« On voit donc que, même dans la période où les deux affections présentent la plus grande ressemblance,

en laissant complètement de côté les commémoratifs et les phénomènes ultérieurs de la maladie, on trouve dans quelques-uns des symptômes généraux des différences assez sensibles pour permettre d'établir le diagnostic. — Mais il devra trouver sa confirmation dans les phénomènes locaux. »

Vinay (1), dans un chapitre sur « la fièvre typhoïde des suites de couches » insiste sur l'embarras dans lequel se trouve le clinicien en présence d'un des cas rares dans lesquels la fièvre typhoïde « ne se développe que dans les premiers jours du puerpérisme. — Après un intervalle variable d'apyrexie complète, de deux à huit, dix jours, on voit la température s'élever, le pouls s'accélérer, l'appétit disparaître et l'état général s'aggraver sans qu'on trouve du côté des organes génitaux des modifications appréciables, qui puissent expliquer ce changement subit et imprévu. « La première idée qui vienne à l'esprit de l'accoucheur c'est celle d'une complication septicémique, actuellement surtout, avec les pratiques de l'asepsie, les infections tardives sont peut-être plus fréquentes qu'autrefois, et l'impression première que donne l'apparition de la fièvre, chez une accouchée récente, est celle d'une infection puerpérale.

« Le diagnostic est des plus délicats, car les

(1) Vinay. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches. Paris, Baillière, 1894.

symptômes intestinaux sont généralement nuls au début de la fièvre typhoïde ; il y a de la constipation, et le volume de l'utérus empêche la recherche du gargouillement iléo-cœcal, il est cependant de la plus haute importance d'établir un diagnostic hâtif, afin d'instituer aussitôt que possible le seul traitement qui permette de combattre une forme généralement grave de la pyrexie ».



II

On voit donc que les auteurs classiques insistent sur la difficulté du diagnostic clinique. Ces difficultés étaient si grandes, dans certains cas, que le clinicien était dans l'impossibilité absolue de rattacher les accidents à leur véritable cause.

Aujourd'hui nous possédons un mode d'investigation qu'ils ne connaissaient pas, c'est le séro-diagnostic.

On sait, qu'indiqué par Widal (1) le 26 juin 1896, il comporte des manipulations très simples à la portée du clinicien, mais qu'il n'est pas de notre sujet de développer ici.

Nous voulons seulement insister sur sa valeur sémiologique. Combattu au début, les recherches ultérieures pour la fièvre typhoïde, ont pleinement confirmé ce qu'avait dit M. Widal. A peine a-t-on publié quelques observations contradictoires, mais elles sont pour la plupart passibles de sérieuses objections. On peut dire que l'accord est aujourd'hui unanime sur ce point, non seulement en France, mais à l'étranger ; que la découverte de Widal rend tous les jours les

(1) Widal. (Société Médicale des Hôpitaux), 26 juin 1896,

plus grands services ; l'épreuve du séro-diagnostic étant de beaucoup le meilleur signe de la fièvre typhoïde. On a fait au séro-diagnostic de la fièvre typhoïde l'objection que le sérum d'individus sains, ou atteints de toute autre affection que la fièvre typhoïde pouvait agglutiner le bacille d'Eberth.

Le fait est vrai, mais il ne diminue en aucune façon la valeur du séro-diagnostic fait dans les conditions précisées par Widal.

Le sérum des typhiques seuls peut agglutiner le bacille d'Eberth à des dilutions plus grandes que $1/10$ et pour porter, en présence d'une agglutination positive, le diagnostic de fièvre typhoïde il faut que cette agglutination se fasse à des dilutions supérieures à celles de $1/10$. Widal a démontré que la spécificité de la réaction s'affirme nettement aux dilutions de $1/20$, $1/50$, $1/100$, car à ces degrés de dilution, le sérum sanguin du typhique n'agglutine vraiment que le bacille d'Eberth.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde, la propriété agglutinante du sang apparaît du 5^e jour au 12^e jour en général, elle persiste quelques semaines ou quelques mois.

La méthode du séro-diagnostic n'est applicable encore d'une façon certaine qu'à la fièvre typhoïde.

Importance du Diagnostic

1° Au point de vue du traitement ;

2° Au point de vue du pronostic.

1° *Au point de vue du traitement.* — Il est du plus haut intérêt de faire un diagnostic exact, car diagnostic et traitement sont intimement liés.

En présence d'une femme nouvellement accouchée qui présente des symptômes généraux et une hyperthermie ayant pour origine l'utérus on instituera un traitement utérin. Curettage de l'utérus s'il y a rétention des débris placentaires. Injections vaginales anticeptiques. Irrigation continue. Sérum de Marmoreck. Bains froids dans certaines formes de l'infection, etc., etc.

Dans ces dernières années, quand l'infection puerpérale est bien nettement localisée à l'utérus, on a proposé l'hystérectomie totale. Plusieurs de ces graves interventions ont donné d'excellents résultats. On voit donc combien il est important, tant au point de vue médical, qu'au point de vue social, de faire un

diagnostic exact, afin de conserver son utérus à une femme simplement atteinte de fièvre typhoïde.

Se trouve-t-on en présence d'une dothiénentérie ?

On prescrit le traitement médical approprié : Bains froids, régime spécial, etc.

De plus, on évitera à la malade un traumatisme inutile, en s'abstenant de toute intervention utérine.

Les mesures prophylactiques nécessaires seront prises (désinfection des gardes-robres, linges souillés, etc., recherche de l'agent de transmission,

2° *Au point de vue du pronostic.* — Il est bien évident qu'il est à peu près impossible de faire un bon pronostic avec un diagnostic erroné. La découverte de M. Vidal, véritable pierre de touche de la fièvre typhoïde, a permis de faire un diagnostic exact, mais n'a rien changé au pronostic, car ici toutes les opinions se font jour ?

Dans l'infection puerpérale, le pronostic dépendra de la violence de l'infection, les formes localisées sont presque toujours moins dangereuses que les formes généralisées.

On tiendra également compte de la température, du pouls, de l'état général, etc. etc. Grâce aux progrès de la science et à la découverte de l'antisepsie, nous n'assistons plus impuissants et attristés, à ces véritables épidémies de septicémies aiguës, qui ravageaient nos maternités.

Néanmoins, malgré les progrès de la thérapeutique moderne, il faut dans bien des cas faire des réserves et se rappeler que l'infection puerpérale est une maladie grave qu'il faut surtout prévenir par une antisepsie rigoureuse.

Le pronostic de la fièvre typhoïde dans les suites de couches varie avec les auteurs.

Cazeaux (1) pense que la fièvre typhoïde, chez une femme à terme, ou près du terme, ne présente rien de particulier. « Si j'ai eu rarement l'occasion d'observer la fièvre typhoïde pendant la grossesse, je l'ai vue assez souvent se manifester pendant les suites de couches ». Elle débute ordinairement d'une manière insidieuse et, dans tous les cas, les premiers symptômes de la maladie ont été ceux d'une inflammation puerpérale. Ce n'est qu'après les premiers jours que les phénomènes abdominaux ayant cessé, la maladie a offert tous les caractères de la typhoïde. Chose fort singulière, si j'en juge par les faits soumis à mon observation, la fièvre typhoïde, loin de recevoir de l'état puerpéral une influence fâcheuse, serait moins grave que dans les conditions ordinaires de la vie.

Sur 17 femmes affectées de fièvre typhoïde quelques jours après l'accouchement, aucune n'a suc-

(1) Cazeaux. (Traité théorique et pratique de l'art des Accouchements).

combé. M. Fauvel a fait de son côté la même remarque et n'a eu aucun décès sur les 7 femmes récemment accouchées chez lesquelles il a observé cette maladie. Ces faits sont sans doute trop peu nombreux pour en tirer une conclusion définitive, mais ils m'ont paru assez curieux pour être signalés ».

D'autres auteurs (1) pensent que la fièvre typhoïde est gravée chez les femmes en couches.

De Grandmaison (2) a publié trois observations avec deux morts. Il en conclut que la fièvre typhoïde est plus grave chez les femmes en couches.

Lepage (3) a publié huit observations avec une mort, sans en tirer de conclusions.

Actuellement les notions de pathologie générale, nous autorisent à penser que la femme enceinte est un terrain de culture éminemment favorable aux infections microbiennes.

M. Charrin a démontré qu'au moment de l'accouchement le sang de la femme est déminéralisé, les tissus ont perdu du fer. C'est là un facteur important au point de vue des prédispositions morbides, toutes ces conditions diminuent la résistance de la femme enceinte.

(1) Madame Chullier. — Thèse de Paris, 1894.

(2) De Grandmaison. — Archives générales de médecine, décembre 1899 (Fièvre typhoïde et grossesse).

(3) Lepage. — « Du diagnostic de la fièvre typhoïde dans les suites de couches » Gazette hebdomadaire, 25 février 1900.

Dans nos deux observations la terminaison de la maladie a été fatale mais les faits que nous apportons ne sont pas assez nombreux pour en déduire une opinion personnelle.



Conclusions

1° Le séro-diagnostic rend les plus grands services dans les suites de couches.

A côté des formes évidentes de l'infection puerpérale, il existe des formes avec état typhoïde, où le diagnostic se pose entre l'infection streptococcique et l'infection Eberthienne. La séro-réaction peut seule lever tous les doutes.

2° L'intérêt de cette réaction est à la fois diagnostique, pronostique, prophylactique et thérapeutique. A ce dernier point de vue surtout, le traitement de l'infection puerpérale comprend des interventions chirurgicales, qu'une erreur de diagnostic pourrait faire subir à des malades atteintes de dothiéntérie.

Le pronostic sera également différent dans les

deux cas. Celui de la fièvre typhoïde dans les suites de couches nous a paru plus grave que dans les circonstances ordinaires.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LANDOUZY.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.

